

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1955

N°

685

T H E S E

pour

LE DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

FLACHS Monique

Présentée et soutenue publiquement le 29 Mai 1955

INTERET DE L' APPLICATION DU MEDIATONAL
COMME ATONISANT, EN CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE

Président : Monsieur le Professeur SENEQUE

PARIS 1955

F A C U L T E D E M E D E C I N E D E P A R I S

Année 1955

N°

T H E S E

pour

L E D O C T O R A T E N M E D E C I N E

(Diplôme d'Etat)

par

F L A C H S Monique

Présentée et soutenue publiquement le 29 Mai 1955

INTERET DE L' APPLICATION DU MEDIATONAL

COMME ATONISANT, EN CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE

Président : Monsieur le Professeur SENEQUE

PARIS 1955

A MA GRAND MERE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR J. SENEQUE

Professeur de la chaire de clinique thérapeutique
chirurgicale de l'Hôpital Vaugirard

A MA MERE

Chirurgien
Membre de l'Académie de Chirurgie
Officier de la Légion d'Honneur

En témoignage de tout mon amour
et de toute ma reconnaissance.

A MA SOEUR

qui nous a fait l'honneur de
présider cette thèse.

Qu'il trouve ici l'expression
de notre profonde reconnaissance.

A MES ONCLES

A MA FAMILLE

A TOUS MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR J. SENEQUE

Professeur de la chaire de clinique thérapeutique
chirurgicale de l' Hôpital Vaugirard
Chirurgien des Hôpitaux
Membre de l' Académie de Chirurgie
Officier de la Légion d' Honneur

qui nous a fait l' honneur de
présider cette thèse.

Qu' il trouve ici l' expression
de notre profonde reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR F. GIBERT

Chirurgien de L' Hôpital Léopold Bellan

qui nous a guidé dans nos premiers pas, nous assiste de ses conseils et de son appui. Facilite notre travail dans son Service par sa bienveillance et sa compréhension.

de notre profonde gratitude,

A MONSIEUR LE DOCTEUR HUGUENARD

qui nous a inspiré le sujet de
cette thèse.

Qu' il trouve ici l' expression
de notre profonde gratitude.

INTERET DE L' APPLICATION DU MEDIATONAL
COMME ATONISANT EN CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE

- INTRODUCTION -

Dès le début de notre initiation anesthésique, devant une malade placée en Trendelenburg, nous avons médité sur ce que cette position pourrait avoir d'inconfortable, c'est le moins que l'on puisse dire, pour un être humain lucide.

Nous informant auprès de nos aînés qui ont vécu l'époque de la chirurgie pelvienne sous rachi-anesthésie, nous avons compris que nous avions senti juste, en imaginant les épreuves qu'avaient dû subir les malades au cours d'interventions gynécologiques souvent longues.

Le faciès congestif et violacé, les yeux injectés et larmoyants, la figure inondée parfois par des vomissements qu'un anesthésiste d'occasion et inattentif ne savait pas diriger, la respiration gênée, elles avaient vécu cette disgrâce dans l'ambiance d'un fond sonore "instrumental" et malheureusement vocal qui n'était pas fait pour apaiser leurs angoisses.

Et parfois, au terme de ce supplice, l'effet de la rachi commençait à s'effacer : la torture redoublait.

Puisque le Trendelenburg était si pénible pour un être lucide, il n'y avait aucune raison pour qu'il ne soit pas une épreuve physiologique, redoutable sur un sujet inconscient.

Il fallait donc trouver le moyen de supprimer la position déclive. La découverte de ce moyen pouvait être une nouvelle étape dans la voie du progrès.

Mais en pensant à un progrès nous ne pouvions pas oublier que la position déclive avait été une amélioration considérable en 1885, quand Trendelenburg la préconisait pour les interventions sur la vessie.

Avant lui FREUND, en 1880, s'en était servi dans un but de diagnostic.

Après lui MENDES DE LEEN, en 1888, l'avait appliqué aux opérations utéro-annexielles.

Pendant cette période, tous y compris DELAGENIERE, qui l'introduisit en FRANCE en 1890, suspendaient les malades par les jambes. Une nouvelle étape de perfectionnement apparut en 1898 quand JAYLE imaginant de maintenir les malades par les épaules jambes étendues, supprimait les dangers nerveux et veineux par compression des membres inférieurs et détendait les abdominaux.

Cette position de Trendelenburg avait permis l'essor de la chirurgie gynécologique par voie abdominale.

Si , après bien d'autres, nous nous attaquons aujourd' hui à l'instrument d'un pareil progrès, ce n' est pas par une prétention puérile, mais bien parce que l' unanimité est faite sur la nocivité de la position déclive.

Le but de notre thèse est donc d' essayer de proposer une compensation à l' abandon de la position de Trendelenburg, ou tout au moins à la diminution considérable de son angle d' inclinaison.

- CHAPITRE I -

PROBLEMES POSES PAR LA CHIRURGIE PELVIENNE

ET

CRITIQUE DU TRENDELENBURG

A - Autrefois au cours des interventions sur l' abdomen et principalement sur le petit bassin, le chirurgien devait lutter contre l'invasion des anses intestinales.

En effet, il ne pouvait espérer aucune aide des techniques anesthésiques encore bien sommaires. L' anesthésie souvent insuffisante pouvait provoquer d' autant plus l' anoxie que l' anesthésiste n' avait aucun contrôle sur la respiration, et l' anoxie accentuait encore cette poussée des anses.

Il ne restait qu' un moyen mécanique pour dégager le champ opératoire, et en plaçant la table d' opération en position déclive (position de Trendelenburg) c' est l' action de la pesanteur qui entraînant les viscères sur le diaphragme, tendait à libérer le pelvis.

La chirurgie devenait alors possible.

Mais les dangers et les inconvénients que cette position présente pour le malade sont aujourd' hui reconnus par tous.

VOURC'H, dans un cours d' anesthésiologie portant sur les accidents de posture durant une intervention chirurgicale, insiste sur le fait que la plupart d' entre-eux (mis à part la position ventrale et la pose d' un billot) sont occasionnés par la position de Trendelenburg.

Rappelons sommairement leur nature :

I - RESPIRATOIRES -

La masse des viscères appuyant sur le diaphragme, il s' en- suit une limitation du jeu diaphragmatique et une diminution de la ventilation pulmonaire.

Dès lors le danger d' anoxie existe.

Cette gêne est facilement mise en évidence en plaçant un sujet non endormi dans cette position : très vite il accusera une sensation de malaise.

Or cette gêne est encore plus sensible du fait de l' anesthésie qui déprimera la respiration à des degrés variables.

Si le malade est obèse, il court un réel danger, car ses muscles thoraciques ne peuvent faire face à l'effort demandé pour soulever le diaphragme et sa masse abdominale, qui est d'autant plus importante, comprenant une masse de graisse épiplorique.

Un malade dont l'état général est relativement bon, et dont l'état cardio-vasculaire est satisfaisant peut supporter pendant la durée de l'intervention un certain degré d'anoxie. Nous ne soulignons pas le désagrément des suites opératoires dans ce cas, telles que céphalées, vomissements etc ...

Mais un malade âgé, fatigué ou shocké peut très bien ne pas supporter cette anoxie qui même atténuée, peut lui être très néfaste ou même fatale.

II - CARDIO-VASCULAIRES -

Il faut souligner le trouble qu'apporte déjà l'anesthésie dans la physiologie normale.

a) BEECHER a mis en évidence la diminution de la force des battements cardiaques et la diminution de l'ondée sanguine sous anesthésie.

Ceci surtout pour le chloroforme, le chlorure d'éthyle, le trichloréthylène et le cyclo-propane.

Ce retentissement cardio-vasculaire est encore accru par un certain degré d'anoxémie.

b) D'autre part, la contractilité des vaisseaux est modifiée et indirectement, la perméabilité capillaire.

Le retour veineux est gêné dans la mesure où le tonus musculaire est inhibé.

BEECHER insiste sur le fait que ces modifications sont d'autant plus accusées que l'anesthésie est plus profonde. L'équilibre circulaire sous anesthésie peut facilement être perturbé; le sang tend à s'accumuler dans les parties déclives.

Cependant, par ailleurs, cette conséquence du déséquilibre circulatoire peut être utilisée à des fins thérapeutiques.

- on peut l'employer en cas de shock ou d'hémorragies en augmentant ses effets par un Trendelenburg léger : ainsi coeur et poumons sont irrigués en attendant que des moyens curatifs tels que transfusion, analeptiques aient été mis en oeuvre.

- on peut l'utiliser encore dans la technique d' hypotension contrôlée qui associe l' emploi de ganglioplégiques et le position de drainage. Le malade est cassé de manière à avoir la tête et les membres inférieurs en déclive : le sang s' accumule alors dans les extrémités, le coeur et le cerveau sont irrigués, et le champ opératoire est exsangue.

Mais en dehors de ces cas spéciaux où l'inclinaison de la table est modérée, contrôlée et voulue, la position de Tr. entraîne une congestion de la tête et du cou, une hyperpression intra-crânienne des hémorragies cérébrales, des œdèmes aigus du poumon deviennent possibles chez des pléthoriques, des obèses ou des artérios-scléreux.

Un autre danger peut se présenter brutalement en fin d'intervention à l'instant où l'on ramène le malade en position horizontale; le pouls devient petit, la tension s' effondre en même temps qu' apparaît une cyanose des extrémités et une altération de la circulation périphérique.

Un shock irréversible peut alors s'installer.

Ce danger du changement de position est en puissance dans ce fait que le sujet anesthésié présente toujours un certain degré de " vasoplégie" (narco-hypotension de CAMPAN) favorisant les changements de répartition du volume circulant avec la posture.

B - Exigences chirurgicales actuelles du fait de la suppression du Trendelenburg.

Si nous demandons au chirurgien de renoncer à la position de Tr. il faut que les ressources de l' anesthésiologie lui offrent la possibilité de pouvoir s' en passer.

Dans la chirurgie portant sur la région pelvienne le silence abdominal est particulièrement nécessaire.

Pour l'obtenir nous n' avons plus besoin de recourir aujourd' hui à une anesthésie tellement profonde, puisque la curarisation existe.

Nous disposons jusqu' alors de deux catégories de curarisants: Pachycurares et Leptocurares qui tous deux agissent sur la respiration.

Or, dans la chirurgie pelvienne : la dépression respiratoire est d'une part inutile au chirurgien , d'autre part nuisible au malade.

L' anesthésiste dispose de moyens puissants pour faire face à une dépression respiratoire : assistance ou contrôle. Mais ceux-ci ne doivent être utilisés qu' en cas de besoin et dans la mesure du possible, il faut converser au malade sa respiration spontanée.

Dans la chirurgie gynécologique nous avons tout intérêt à éviter une dépression respiratoire d'autant plus que cette chirurgie s' adresse le plus souvent à des femmes assez âgées et parfois obèses.

Le contrôle de la respiration est anti-physiologique et d' autant plus chez les obèses.

Nous savons qu'à l'inspiration normale il se crée à l'intérieur de l'arbre pulmonaire une pression négative: celle-ci, égale à la pression atmosphérique en l'absence de tout mouvement, diminue au moment de l'inspiration du fait de l'augmentation de la cavité pulmonaire. Ceci crée un appel circulatoire et une accélération de la circulation.

Au contraire si nous contrôlons la respiration nous créons à l'intérieur de l'arbre une pression positive au moment de l'inspiration, ce qui occasionne un ralentissement de la circulation de retour au coeur.

Chez les obèses , l'effort fourni pour soulever la cage thoracique, effort qui porte sur l'intérieur de l' arbre bronchique crée une pression très importante, parfois trop importante pour les alvéoles pulmonaires.

D' autre part chez ces malades au coeur souvent fatigué le ralentissement du retour veineux est à éviter.

En conclusion, nous nous trouvons devant un double problème:

- donner au chirurgien qui accepte de renoncer à la grande position déclive, le relâchement dont il a absolument besoin :

- conserver au malade sa respiration propre pour éviter toute perturbation tant dans son oxygénation que dans sa fonction cardio-vasculaire.

D' après notre expérimentation il nous a paru que le MEDIATONAL pourrait être la solution que nous cherchions et nous allons exposer ses propriétés qui ont déjà fait l'objet de quelques études.

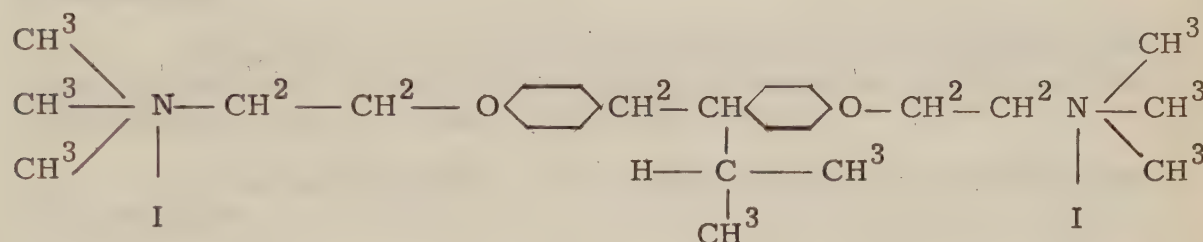
CHAPITRE II

RAPPELS PHARMACODYNAMIQUES DU MEDIATONAL

I - Propriétés physico-chimiques :

C'est un corps dérivé de l' ammonium quaternaire dont la synthèse a été réalisée dans les laboratoires UCEPHA

Diiodure de 162 bis (p. triméthylammonium éthoxiphényl)
3 methyl butane.



C'est une molécule relativement lourde.

Elle se présente sous la forme d'une poudre blanche, cristalline soluble dans l' eau. La solution aqueuse à 1% est de pH 5,5, 6

II - Propriétés pharmacologiques :

L' étude en a été faite par LEVIS PREAT et DAUBY. Les résultats en ont été publiés dans Acta Anaesthesiologica Belgica.

Nous retiendrons que ce curarisant de synthèse est comparable en puissance au curare naturel.

- qu'à doses égales, il est moins hypotenseur que le curare,
- qu'il déprime moins la respiration que le curare.

Essai de Classification

a) Rappel sur les curares

Dépourvus de propriétés anesthésiques et analgésiques propres mais doués de propriétés myo-résolutives, les curares sont devenus depuis quelques années des adjuvants remarquables aux anesthésiques proprement dits, car ils ont une toxicité très minime.

La résolution musculaire indispensable dans presque toutes les interventions chirurgicales, principalement dans celles portant sur l'abdomen ou le thorax, est un phénomène relativement tardif dans le cours d'une anesthésie. C'est-à-dire qu'elle survient lorsque l'anesthésie est profonde.

Ceci implique déjà de fortes doses du produit anesthésique, qui quel qu'il soit, représente pour le malade une certaine toxicité à des degrés divers.

Le but recherché est d'obtenir un sommeil suffisant produisant un bon relâchement qui permet au chirurgien de travailler sans gêne, et de donner au malade la dose la plus légère possible de produit anesthésique.

Ce problème est résolu par l'utilisation des mélanges curares-anesthésiques, du fait de la notable diminution du degré de sommeil indispensable et de la moindre toxicité du curare.

L'action du curare, c'est l'inhibition de la transmission neuro-musculaire.

Pour l'expliquer, nous allons reprendre très sommairement le phénomène de la transmission neuro-musculaire.

Transmission neuro-musculaire physiologique

On sait aujourd'hui que le passage de l'influx nerveux du nerf au muscle nécessite, entre autres, l'intervention d'un facteur chimique.

Les preuves en ont été faites par KUFFLER.

Il a établi qu'entre l'excitation du nerf et la contraction musculaire, s'écoule un laps de temps d'une milli-seconde.

Or, une transmission purement électrique s'effectue en 1/5ème de milli-seconde. Cette milli-seconde correspond à la libération par le nerf d'une substance bio-chimique qui sert d'intermédiaire à la transmission neuro-musculaire : l'Acétylcholine.

- mécanisme :

Au moment de l'excitation du nerf, il y a libération d'acétylcholine dans le muscle strié.

C'est le médiateur chimique de l'influx nerveux qui passe et provoque la contraction musculaire (DALE et FELDBERG 1934)

(la libération vient du nerf et non pas du muscle : elle n' a pas lieu si on stimule directement le muscle après dégénérescence du nerf moteur).

Des expériences ont été faites par BROWN, DALE et FELD BERG en 1936, des injections d' acétylcholine intra-artérielles provoquent un tétanos de courte durée.

Mode d'action de l' acétylcholine

A - L' acétylcholine libérée par le nerf se fixe sur la plaque motrice et provoque son changement de potentiel électrique. Celle-ci est chargée par un potentiel positif à l' état de repos, qui devient négatif sous l' effet de l' acétylcholine.

Cette dépolarisation de la plaque motrice , donne lieu en s'étendant aux fibres musculaires adjacentes, au passage du courant électrique qui provoque la contraction musculaire.

B - Pour que la plaque reprenne son potentiel de repos et puisse donner lieu à de nouveaux passages de l'influx nerveux pour de nouvelles contractions, il faut que l' acétylcholine en excès disparaisse. L' organisme dispose pour cela d'une diastase la Cholinestérase qui décompose l' Ach. en ses deux constituants: l' acide acétique et le choline.

La plaque reprend alors son potentiel positif. C'est la Repolarisation, temps indispensable à la contraction musculaire.

Il y a une courte période réfractaire après une contraction, tant que l' Ach. n'est pas détruite.

- Inhibition de la transmission neuro-musculaire

Nous voyons d'après le mécanisme de la transmission de l' influx nerveux du nerf au muscle que son inhibition peut avoir lieu par plusieurs procédés :

A - Suppression ou diminution de la quantité d' Ach. qui impressionne la plaque.

a) soit par effective diminution de la quantité d' Ach. ce qui se rencontre dans le syndrome clinique appelé "myasthénie grave" caractérisée par l'incapacité pour le nerf de libérer suffisamment d' Ach.

Dans ce cas nous voyons le danger d' accentuer artificiellement cette tendance par un curare.

b) soit par élévation du seuil d' excitabilité de la plaque motrice pour l' Ach.

La quantité d' Ach. libérée au niveau du muscle est normale mais elle est devenue insuffisante pour impressionner la plaque motrice.

Ce résultat est obtenu par le curare dont le mécanisme d' action a été décrit par CLAUDE BERNARD, nommé pour cela : Mécanisme BERNARDIEN.

- mode d' action de ce curare : il utilise la compétition qui existe entre des substances différentes, douées d' une même affinité pour les mêmes récepteurs bio-chimiques :

- l' Ach. et ces curares sont doués d' une même affinité pour la plaque motrice avec un degré plus grand pour le curare.

C' est un mécanisme par compétition.

La plaque ne peut être dépolarisée par l' Ach. et la transmission nerveuse est coupée.

Les curares agissant par ce mode sont les Pachycurares

naturels - type d- tubo- curarine)

synthétiques (type gallamine)

dits " drogues curarimimétiques".

Leur durée d' action est de 1/2 à 1 heure après une installation de 2 à 3 minutes.

- antagonisme : il faut augmenter la quantité d' Ach. au niveau de la plaque motrice, donc détruire la cholinestérase.

Les antagonistes sont les anticholinesthérasiques type néostigmine.

B - Présence en excès d' Acétylcholine

ce qui produit l' impossibilité de la repolarisation et prolonge la phase d' inexcitabilité de la durée d' action du curare.

- mode d' action, substance agissant sur la plaque de manière identique à l' Ach. , mais n' étant pas hydrolysée par la cholinestérase du fait de la différence chimique.

Elle maintient la plaque en état de dépolarisation. Ce sont les leptocurares comprenant le dècamethonium et la succinylcholine appelés Acétylcholinomimétiques stables qui agissent par le procédé de Block neuro-musculaire.

Leur durée d'action est brève : 20 minutes pour l' un
5 à 10 minutes pour l' autre
l'installation étant de 1 minute.

- antagonisme : détruire la cholinestérase ne fait que prolonger la dépolarisation, donc accentuer l' action du curare.

En fait, il n'existe pas d'antagonisme chimique les penta et hexamethonium inhibent cette action mais les doses nécessaires à l'antagonisme provoqueraient des effets ganglioplégiques non demandés.

Cliniquement de petites transfusions de sang frais apportent la cholinestérase nécessaire.

C - Place du MEDIA TONAL

Au point de vue chimique, sa molécule déjà lourde montre des points communs avec les deux catégories de curarisants.

Expérimentalement sur l' animal il présente des caractéristiques propres à chacune des deux catégories. (LEVIS, PRAET et DAUBY - DALLEMAGNE)

Cliniquement, BRODOWSKY et HUGUENARD ont démontré qu'il présente des propriétés de potentialisation vis à vis des deux types.

- a) potentialisation importante vis à vis de la Gallamine
- b) non antagonisé par la Neostigmine qui provoque en association une curarisation extrêmement poussée et prolongée (Anest. Analg. Tome n°2 Juin 1953)

Potentialisation vis à vis de la succinylcholine de 300%

Ils admettent que ce corps d' action complexe rentrerait dans la catégorie intermédiaire établie par DALLEMAGNE.

III - Propriétés propres au MEDIATONAL

A - Effets myo-résolutifs

DALLEMAGNE l' a expérimenté sur l'animal, avec des résultats assez contradictoires, précisant que les résultats les plus transposables à l' homme sont ceux effectués sur le chat.

- la curarisation s' établit en une minute
- sa durée est de 30 à 50 minutes
- son degré est une atonie que nous allons préciser.

Rappelons sommairement les différents degrés d'une curarisation (pour les déterminer des études ont été faites en injectant à l'animal des doses croissantes du curare désigné).

On obtient :

- 1) une hypotonie musculaire avec augmentation de la fatigabilité.
- 2) une atonie de BREMER : atonie avec conservation des mouvements volontaires et réflexes.
- 3) une paralysie de VULPIAN : abolition de la motricité volontaire ou réflexe mais conservation des réponses du muscle à l' excitation du nerf, les muscles respiratoires ne sont pas encore touchés.
- 4) une paralysie de CLAUDE BERNARD où persistent la sensibilité et l' excitabilité du muscle.

Aux doses utiles, c'est une atonie de BREMER que l'on obtient avec le MEDIATONAL; très sensible au niveau des muscles abdominaux et périneaux. Ce stade pourrait être dépassé mais ceci n'est pas conseillé.

Certains réflexes sont conservés tel le réflexe glottique.

Les muscles de la mâchoire ne sont pas toujours relâchés et la malade peut ne pas tolérer une canule de GUEDEL.

La marge respiratoire est grande, mais d'après MUNDELEER se réduirait après les réinjections.

Les effets présentent des différences individuelles et il recommande de tâter la susceptibilité individuelle.

B - Effets Neuro-végétatifs

Nous relatons brièvement les conclusions tirées par MUNDELEER, HUGUENARD et BRODOWSKY, à savoir :

- 1) Effets nicotïniques : le sujet présente une chute tensionnelle modérée si on associe la position déclive.
- 2) Aucune action muscarinique n' a été observée
- 3) Dans certains cas rares, on a noté un broncho-spasme (spasme cholinergique, provoqué par la composante acetylcholomimetique du produit)

- cas rares
- troubles levés par la diethazine
- " empêchés par une prémédication anti-cholinergique.

C - Effets histaminogènes nuls (LEVIS-PREAT - DAUBY)

D - Antagonismes : pas d' antagonisme chimique

E - Potentialisation -

Nous avons parlé des expériences faites par BRODOWSKY et HUGUENARD montrant une potentialisation vis à vis des deux types de curares.

On ne peut affirmer une potentialisation au penthotal, mais grâce à l' atonie obtenue, l' anesthésie est maintenue dans un plan plus léger.

Nous avons vu également que la Néostigmine loin d'antagoniser le MEDIATONAL, approfondit son action.

F - Effets cumulatifs - si on pratique des réinjections à moins d'une I/2 heure d'intervalle.

G - Toxicité - très réduite, et c 'est comme nous l' avons vu ce que nous recherchons.

LEVI-PRATT et DAUBY ont administré 500 fois la dose head drop au lapin maintenu sous respiration artificielle.

CHAPITRE III

INDICATIONS POUR LA CHIRURGIE PELVIENNE

Après quelques auteurs dont HUGUENARD, BRODOWSKY, MUNDELEER, nous avons utilisé le MEDIATONAL dans la chirurgie pelvienne, nous attachant à prouver qu'il répond à ses exigences.

Pour cela, nous pouvons produire un certain nombre d'observations réalisées, les unes par le Dr. BRODOWSKY qui a bien voulu nous les remettre pour étayer notre thèse, et les autres par nous-même.

I - Conditions des essais -

a) Malades : C' étaient des femmes d' âge variable allant de 22 à 70 ans, d'une façon générale ayant une moyenne de 40 à 50 ans pour les hystérectomies et de 20 à 30 ans pour la chirurgie gynécologique variée.

- Leur état général était dans l'ensemble assez satisfaisant, à l' exception de certaines femmes fatiguées, telles que celle de l' observation n°3 dont l' état a d' ailleurs provoqué des difficultés au cours de l'intervention, et celle de l' observation n° 29.

- Leur corpulence, également variable, allait de femmes maigres à de véritables obèses.

Sur les 29 observations, nous notons 7 cas concernant des femmes très fortes ou véritablement obèses.

b) Opérations : Nous avons 22 cas d' hystérectomies totales ou subtotaux et 9 cas de chirurgie gynécologique variée comprenant principalement des hysteropexies et des ovariectomies, 1 cas de grossesse extra-utérine.

Dans 2 cas l'intervention s'est compliquée d'une chirurgie viscérale, à savoir : + une appendicectomie (obs.n° 23)

+ une résection du grêle (obs.n° 29)

c) Position : dans la plupart des cas, la position était de Trendelenburg léger de 15 à 20°

dans quelques cas, la table est restée sensiblement horizontale,

dans 1 cas, elle fut inclinée à 45° (obs.n° 9)

d) Instrumentation : celle courante dans cette chirurgie , c'est-à-dire - une valve sus-pubienne
un écarteur latéral

du côté des anses intestinales :

soit un simple champ

soit un entérostat.

e) Prémédication : dans presque tous les cas, les PM standards, donc données dans de mauvaises conditions, faisaient un effet médiocre.

suffisantes dans 5 ou 6 cas sur les 31 présentés

inopérentes dans la moitié des cas.

f) Anesthésie : Nous avons voulu connaître les propriétés du produit, c'est-à-dire produire ses effets de la façon la plus exacte et la plus pure possible. C'est pourquoi nous avons choisi un type d'anesthésie auquel nous nous sommes tenus jusqu'à la fin de l' expérimentation, cette manière de procéder nous permettant d'éliminer les effets associés.

Le sommeil était obtenu par le Pentothal seul à l' exclusion dans la plupart des cas, de tout autre produit anesthésique ou analgésique.

Éliminons ses effets propres en les exposant en premier lieu :

1) C'est un thiobarbiturique doué de propriétés hypnotiques et non analgésiques. Il s'ensuit que son effet varie suivant la susceptibilité du sujet, les uns étant sensibles , les autres résistants : chez certains une dose donnée produit un sommeil d'une profondeur constante.

Chez d'autres la même dose laissera présents de nombreux réflexes : le malade bougera, toussera, se spasmera. Dans ce cas, l'adjonction d'un analgésique favorise grandement la stabilité de l' anesthésie en supprimant les sensations douloureuses à l'origine des incitations réflexes.

2) Mr. AMIOT souligne l' action du Pentothal sur la respiration. La dépression respiratoire produite, dépression qui existe toujours au début de l' anesthésie, plus ou moins marquée, entraîne rapidement un manque d' oxygène au niveau des tissus. C'est pourquoi l'on a toujours intérêt à adjoindre de l' oxygène à toute anesthésie intra veineuse (ceci pour situer dans le cadre expérimental les observations qui portent sur une anesthésie intra-veineuse la malade étant maintenue à l' air libre).

Cette action est obtenue par action dépressive directe sur les centres respiratoires les barbituriques agissant sur le cortex cérébral qu'il déprime, ainsi que sur les centres situés dans le thalamus et l' hypothalamus.

La moëlle n 'est pas touchée, la réflectivité étant ainsi peu atteinte.

La circulation est peu touchée.

3) Propriétés parasymphaticotoniques - Tous les réflexes placés sous la dépendance du P.S. sont exacerbés par le pentothal. Les manifestations cliniques sont : la toux, les spasmes de la glotte, des bronches etc

4) Le centre du vomissement n'est pas touché.

Voyons la conduite de l' anesthésie :

- l'induction comprenait des doses de pentothal allant de 0gr.30 à 0gr.70 presque toujours injectées en deux fois pour tater la susceptibilité du sujet :

La première dose de 0gr.25 provoquant une très courte apnée dont la durée indique la résistance du sujet au pentothal.

- l' anesthésie était continuée avec des réinjections fractionnées de pentothal jusqu'à un total variable allant de 0gr.60 à 1gr.70 pour la durée de l'intervention.

Nous pouvions ainsi étudier l' action du MEDIATONAL qui accompagnait ce seul anesthésique.

Il était administré de la manière suivante :

- à la dose de 10 à 30 mgr. à l'induction,
 - soit dans la même seringue que la dose initiale de pentothal et dans ce cas celui-ci précipitant se redissout dans le sang.
 - soit juste avant le pentothal pour lui permettre d'agir à l'injection de celui-ci, son temps de latence étant un peu plus long.
 - soit juste après, ce qui représente la moins bonne formule.

Chaque fois qu'il était possible la malade était laissée à l'air libre, afin de pouvoir évaluer de la façon la plus exacte possible le degré de sa dépression respiratoire.

Nous avons étudié : 1) les signes d' hypo-oxygénation ou d' hypercapnie

2) le degré et la qualité du relâchement abdominal, la commodité du chirurgien qui avait consenti à incliner peu ou pas la table d' opération

3) les manifestations cholinergiques.

Signalons quelques essais effectués par le Docteur BRODOWSKY sur des sujets à l' état de veille : ceux-ci recevant des doses usuelles de MEDIATONAL.

Ils n' accusaient aucune gêne notable de la respiration, aucune angoisse ni cyanose, sinon une certaine lourdeur musculaire et ralentissement de la parole.

II - Résultats des essais -

L' induction a toujours été parfaitement bonne dans presque tous les cas, sauf :

- 2 hoquets transitoires (obs. n° 25 & 26)
- 1 induction trop brutale chez une malade fatiguée, déjà citée (obs. n° 3)

Le relâchement a été très satisfaisant, la poussée des anses ne gênant pas le chirurgien, la pose d'un simple champ suffisant à maintenir les anses intestinales.

Notons : 1 cas où les difficultés opératoires ont indiquées un Tr. prononcé. La table a pu être maintenue dans un plan presque horizontal, dans les autres cas.

Le temps de latence est d' environ une minute.

Sa profondeur est comme nous l' avons dit, une atonie avec conservation des mouvements volontaires et réflexes

C'est dire que si l' anesthésie est trop légère la malade peut remuer ses pieds, tousser etc... (obs. n° 2 et n° 5) ou les malades ont le cri de Douglas.

La durée de l' atonie n' a pu être encore précisée faute d' avoir suivi les malades dans les instants qui ont suivi l'intervention, cependant nous pouvons affirmer qu'elle dure non seulement la durée classique d'une intervention gynécologique celle-ci ayant été prolongée dans deux cas sans nécessité de réinjection, mais un certain temps après se manifestant par une fatigabilité musculaire. Toutefois cet effet est dissipé quelques heures après les malades revues dans l' après-midi n' en présentant plus aucune trace.

La respiration - Il est probable que cette atonie porte également sur les muscles respiratoires mais la fonction respiratoire est conservée, car elle représente un acte réflexe.

Cependant nous ne pouvons rien affirmer n' ayant pas fait d' enregistrements graphiques, qui montreraient certainement une diminution de cette fonction.

Ce que nous pouvons affirmer, c'est que cette dépression respiratoire n'est pas cliniquement décelable et n' entraîne aucun trouble de l' oxygénation au niveau des tissus.

Nous avons pour étayer cette affirmation :

- les travaux de R. BRODOWSKY sur les sujets éveillés
- les essais portant sur les sujets endormis laissés à l'air libre et n' accusant aucun signe d' hypoxie.

Dans presque tous les cas l' opérée a pu être laissée à l' air libre, nous avons toutefois tenu compte de la dépression propre au pentothal et avons pratiqué des alternances avec inhalation d' oxygène principalement chez les obèses.

1 seul cas nous a imposé une respiration artificielle pendant toute la durée de l'intervention.

Les effets vagues : - La protection existe, les accidents vagues étant beaucoup moins fréquents qu'avec pentothal seul mais elle est incomplète.

Chez les sujets parasympaticotoniques, il se produit des manifestations cholinergiques :

- Obs. n° 1 réflexe de toux à la pose de la canule
- 3 ne tolère pas la canule
 - 6 petits spasmes aux essais de pose de canule
 - 7 spasmes laryngés très brefs lors des tractions
 - 9 spasme à la pose de la canule
 - 10 ne supporte pas de canule
 - 17 " " "
 - 25 - 26 hoquets

Cependant sur le nombre , la tolérance à la canule est meilleure que sous pentothal seul.

Notons deux cas d'intubation trachéale avec pulvérisation laryngée sous contrôle laryngoscopique produisant des réflexes vifs au moment de passage du tube.

Effets histaminiques - nous en avons injecté à plusieurs asthmatiques sans aucun accident.

Nous n' avons pas de chute tensionnelle systématique.

Comparaison avec les pachy-curares -

sur la respiration : les pachy-curares injectés à l' état de veille produisent une sensation d' angoisse due à la gêne respiratoire.

La protection vagale est plus nette avec eux cependant.

Associations possibles -

Cette façon de procéder a été expérimentale et n'indique pas un mode d' anesthésie qui comprendrait seulement du pentothal et du MEDIATONAL à l' air libre avec de l' oxygène si besoin s'en faisait sentir.

Elle indique que le MEDIATONAL est un bon atonisant pour cette chirurgie

mais la technique anesthésique est beaucoup plus rationnelle si elle comporte un analgésique.

Beaucoup d' associations sont possibles et les plus indiquées : sont celles qui éliminent les incitations douloureuses, c'est-à-dire comprenant un analgésique comme il est dit plus haut.

- N₂O+O₂ dans les proportions de 50 %
- Dolosal intra-veineux dans une perfusion ou par doses fractionnées
- un autre anesthésique peut être associé et principalement
l' Ether sous forme de traces avec de l' oxygène pur
de l' air
ou un mélange N₂O+O₂

- une perfusion de procaine peut être installée en même temps que l' anesthésie au pentothal est continuée.

Nous déconseillons l' association au cyclo-propane pour les raisons suivantes :

- 1) - celui-ci est cholinergique
 - le pentothal est cholinergique
 - le MEDIATONAL protège peu contre ces manifestations

Le sujet est insuffisamment protégé des effets vagues ainsi sollicités.

- 2) - le cyclo est un fort dépresseur central de la respiration
 - le pentothal également
 - le MEDIATONAL provoque une atonie

L' addition de ces effets se manifeste.

Nous avons pu noter une hypersensibilité de la fonction respiratoire vis à vis du cyclopropane chez des malades ayant reçu du MEDIATONAL (obs. n° 29: quelques bouffées de C₃H₆ provoquent une apnée d'une ou deux minutes).

OBSERVATION N° 1 Mme F ...

Hystérectomie totale

Etat général : 45 ans, très nerveuse, pouls à 128

Prémédication , s'avère insuffisante, c'est-à-dire que la malade arrive en salle d' opération consciente et anxieuse.

Induction : faite avec Og. 50 de Pentothal + 20 mgr. de MEDIATONAL est satisfaisante, sans incident.

La canule est posée mais léger réflexe de toux
0 gr. 50 de Pen. sont rajoutés pour l'incision.

Anesthésie : entretenue avec des doses fractionnées de Pent.

- la malade est laissée à l' air
 - elle reste rose, sèche, chaude
 - son pouls est à 96
 - le réflexe cornéen est à la limite, parfois disparaît
 - le relâchement est très satisfaisant permettant un Tr. très modéré.
- aucune autre dépression respiratoire que celle habituellement produite par le Pent. n' est perceptible.

Incidents : à la fermeture quelques secousses de hoquets nécessitent un approfondissement de l' anesthésie.

En fin d' intervention la malade a un pouls à 88
elle a reçu : Pent : 1 gr.50

MED. 20 mgr.

Réflexes sur table

Suites opératoires : RAS

OBSERVATION N° 2 Mme ...O

Hystérectomie totale
E.G. : 45 ans, maigre
P.M. : légère comme la précédente.

Induction : Pent 0 gr.50 + MED 20 mgr. est bonne. Pas de dépression respiratoire cliniquement décelable.

Anesthésie : Réinjections de Pent.
Mise en position de Tr. léger (15°)
Alternance de respiration à l'air et de mise à l' oxygène.

Résultats : Pouls et T. constants
Respiration efficace sans aucun besoin d' assistance
Très bon relâchement

Remarque : au moment où le chirurgien passe une compresse dans le Douglas à la fin de l'intervention, la malade gémit.

Au total : la malade a reçu Pent. 1 gr.50
MED 20 mgr.

Réflexes sur table

Suites opératoires : RAS

OBSERVATION N°3 Mme W...

E.G., 52 ans, très fatiguée

Induction : Pent 0 gr.50 + MED : 20 mgr.

injectés rapidement chez cette malade fatiguée, provoquent une apnée et une chute de TA.

L' intervention est néanmoins commencée.

Anesthésie : pas de battements artériels et cardiaques perceptibles, mais saignement normal à l'incision.

Une transfusion sanguine est installée et la respiration artificielle est instituée. L'intervention est poursuivie.

Après 45 minutes la respiration reprend

Après une heure la TA est à 14 pour la maxima.

L' état de la malade est satisfaisant en fin d'intervention.

Les suites sont sans séquelles.

OBSERVATION N°4 Mme G...

Hystérectomie totale

E.G. 50ans, RAS

Induction : Pent. 0gr 60 + MED 20 mgr
pas d'incident.

Anesthésie : La malade reçoit par intermittence de l' oxygène

Résultats : pas de dépression
- très bon relâchement
- pouls et TA constants.

Remarque : larmoiement

Au total Pent 1 gr.60

MED 25 mgr.

une perfusion de subtosan.

Réflexes sur table

Suites R.A.S.

OBSERVATION N° 5 Mme L ...

Hystérectomie totale

EG : 30 ans, nerveuse

PM : peu efficace

Induction : Pent 0 gr.50 + MED : 20 mgr.

Anesthésie : la malade reste à l' air pendant toute la durée de l' intervention.

Résultats : - ne tolère pas la canule
- respiration efficace : reste rose, sèche, chaude
- relâchement très bon, permettant un Tr. très léger
- réflexe cornéen conservé
- cri du Douglas à la fin
- le pouls et la tension artérielle restent constants

Au total : Pent 1 gr. 60

MED 20 mgr.

Réflexes sur table

Suites : R.A.S.

OBSERVATION N° 6 Mme B ...

E.G. 37 ans, hystérique

P.M. : insuffisante

Induction : Pent 0 gr. 60 + MED 20 mgr.

Anesthésie : maintenue à l'air libre

Résultats : Tr. modéré car bon relâchement
réflexes cornéens conservés.

Remarque : la canule de Guedel est mal tolérée, produisant de petits spasmes. La mâchoire doit être luxée pendant toute la durée de l'intervention.

Au total : Pent 1 gr. 10

MED. 20 mgr.

Réflexes sur table

Suites : R.A.S.

OBSERVATION N° 7 Mme B ...

Laparotomie exploratrice pour tumeur ovarienne

Hystérectomie

E.G. 22 ans, forte

P.M. : sans effet

Induction : Pent 0 gr. 50 + MED 20 mgr

Anesthésie : reste à l'air libre

Résultats : respiration parfaitement efficace
relâchement très bon

la TA baisse en fin d'intervention (max. à 9)

Remarque : spasmes laryngés très brefs, lors des tractions.

En fin d'intervention la malade reçoit de la coramine et du Pressyl qui portent sa TA à 11

Au total : Pent : 1 gr. 50

MED: 30 mgr.

Suites : R.A.S.

OBSERVATION N° 8 Mme B ...

Hystérectomie subtotale + Appendicectomie

E.G. 45 ans, corpulence moyenne nerveuse (pouls à 140, TA à 16)

Induction : Pent 0 gr.50 + MED 20 mgrAnesthésie : Alternance d'air et d'oxygène

Mise en position de Tr. à 15°

Résultats : Pas de dépression respiratoire

Très bon relâchement

Pouls et T.A. régularisée (pouls 120 - 108)

Réflexe cornéen aboli

Le saignement paraît réduit

Au total : Pent 1 gr.25

MED 20 mgr.

Sérum glucosé 500 cc.

Réflexes sur table

Suites : R.A.S.

OBSERVATION N° 9 Mme P ...

E.G. 45 ans, assez forte, émotive

Induction : Pent 0, gr.50 + MED 20 mgr.Incident : à la mise en place de la canule, la malade tousse et se spasme.
On approfondit l'anesthésie et la canule peut être mise en place.Anesthésie : la malade est mise en Tr. assez accentué, ce qui détermine
une légère cyanose 45°
- d'autre part, elle est assez résistante au pent. ce qui nécessite l'adjonction d'un mélange gazeux :
N20 + P2 et de traces d'éther.Résultats : très bon relâchement, reste rose, sèche.

Au total : Pent 1 gr.

MED 20 mgr.

Ether : 50 ml

Sérum glucosé : 500 cc.

OBSERVATION N° 10 Mme D ...

E.G. 33 ans, poids moyen

P.M. action moyenne

Induction : Pent 0 gr.50 + MED 20 mgr.Anesthésie : la malade est maintenue à l'air, sans canule, qu'elle ne
supporte pas

Elle est mise en Tr. très modéré

Résultats ; respire très bien

très bon relâchement

en fin d'intervention, la malade est légèrement shockée, elle reçoit un subtosan , sa T.A. remonte à 12 de maxima.

Au total : Pent 1 gr.

MED 20 mgr.

Réveil sur table

Suites : R.A.S.

OBSERVATION N° 11 Mme M ...

E.G. 37 ans, normale

P.M. agit bien

Induction : Pent 0 gr.50 + MED 10 mgr.

Anesthésie : reste à l' air pendant toute la durée de l'intervention

10 mgr de MED sont rajoutés devant un relâchement insuffisant.

Résultats : pas de dépression respiratoire
bon relâchement

Au total ; Pent 1 gr.10

MED 20 mgr.

Réflexes sur table

Suites : R.A.S.

OBSERVATION N° 12 Mme H ...

E.G. 49 ans,grasse

P.M agit bien

Induction : Pent 0 gr.65 + MED 20 mgr

Anesthésie : reste à l' air libre car pas de dépression, très bon relâchement, permet un Tr. modéré.

Au total : Pent 0gr. 65

MED 20 mgr.

Réflexes sur table

Suites : R.A.S.

OBSERVATION N° 13 Mme C ...

E.G. 31 ans , résistante

P.M. moyenne

Induction : Pent 0 gr.50 + MED 20 mgr.

Anesthésie : reste à l' air , Tr. modéré

Résultats : reste rose et sèche
le relâchement est satisfaisant

Remarque : la malade donne des signes de réveil dans le courant de l'intervention mais reste bien relâchée. le silence abdominal est conservé.

Au total : Pent 1 gr.

MED 20 mgr.

Suites : R.A.S.

OBSERVATION N° 14 Mme D ...

E.G. , 34 ans, normale

P.M. action modérée de morphine atropine phénergan

Induction : Pent 0 gr.50 + MED 10 mgr.
intubation après pulvérisation laryngée
aucune cyanose au moment du passage du tube

Anesthésie : reste à l' air libre
la table est à peine inclinée

Résultats ; pas de dépression respiratoire
très bon relâchement
saignement peu important
pouls et T.A. inchangés

Au total : Pent 1 gr. 10
MED 20 mgr.

Réflexes sur table

Suites : R.A.S.

OBSERVATION N° 15 Mme D ...

E.G. 45 ans. obèse

Induction : Pent . 0 gr 30 à 2,5% + MED 8 mgr.
une pulvérisation laryngée permet une intubation facile
le réflexe à la déglutition est conservé mais il n' y a pas de toux au moment de passage du tube.
L' intubation est suivie de sub-cyanose cédant à l'inhala-
tion de quelques bouffées d' oxygène.

Anesthésie : alternance d' air et d' oxygène
Tr. très léger et bien supporté
on donne à inhaler un mélange de N₂O+O₂

Résultats : très bon relâchement
bonne oxygénation de la malade qui reste rose et sèche
les pulsations et la T.A. sont inchangées.

Au total : Pent 1 gr.

MED 15 mgr.

Extubation et réveil sur table

Suites : R.A.S.

OBSERVATIONS N° 16 Mme D ...

E.G. 46 ans - obèse de 85 kg, paroi flasque (7 enfants)

Induction : Pent . 0 gr.40 + MED 10 mgr.

intubation après pulvérisation laryngée

Anesthésie : la malade reçoit de l' oxygène de façon continue et une légère respiration assistée est pratiquée.

Résultats : la malade reste rose

le relâchement est bon

la T.A. descend un peu et un subtosan est installé

Au total : Pent. 1 gr

MED 15 mgr.

Subtosan 500 cc

Réflexes sur table

Suites : R.A.S.

OBSERVATION N° 17 Mme F ...

E.G. 45 ans, assez forte, examens pré-opératoires normaux

Prémédication : Dolosal 0,10 + Phénergan

Induction : Pent. 0,50 gr. + MED 20 mgr.

Anesthésie : la malade reçoit par intermittence de l'air atmosphérique et de l' oxygène.

La canule de Guedel n' étant pas supportée, nous rajoutons 10 mgr; de MED et maintenons la malade dans une anesthésie très légère.

Résultats : Bon relâchement (Tr. de 15°)

Respiration spontanée suffisante sans aucune assistance.

Au total : Pent. 1 gr. 45

MED ; 30 mgr.

Réflexes sur table

Suites : sans complication.

OBSERVATION N° 18 Mme W ...

E.G. cliniquement bon , cependant elle présente une urée sanguine à 0 gr 57 , 49 ans.

Prémédication : Dolosal + Phénergan rend la malade un peu somnolente

Induction : Pent. 0 gr.50 + MED. 20 mgr.

Anesthésie : doses fractionnées de Pent.

reçoit par intermittence de l' air et de l'oxygène
à l'incision la malade a reçu 0 gr.80 de Pent.
la table est placée dans un Tr. de 15°

Résultats : la respiration n' est pas déprimée

le relâchement est très bon (nous avons rajouté 10 mgr de
MEDIATONAL dans le courant de l'intervention.)

la canule a pu être placée dsans réflexes.

Au total : Pent 1 gr 45

MED . 30 mgr.

Réveil sur table

Suites : Le lendemain , la malade fait un ictère transitoire qui se dissipe les jours suivants.

- les jours suivants : syndrome d' azotémie

urée sanguine : + d'un GR

vomissement incoercible qui met les
jours de la malade en danger

- en dernier lieu : syndrome occlusif

- actuellement tout est rentré dans l'ordre.

(Nous avons cité ce cas, par souci d' exactitude, cette malade figurant dans notre série expérimentale, mais il est difficile d' attribuer une origine à ces troubles).

OBSERVATION N° 19 Mme S ...

E.G. 43 ans , très bon état général

Prémédication : Dolosal + Phénergan produit un effet moyen : la malade est un peu somnolente mais pleinement consciente.

Induction : Pent. 0 gr.50 + MED 20 mgr.

Incident : légère dépression respiratoire qui ne dure pas

Anesthésie : alternance de respiration à l'air libre et dans le masque
contenant un mélange d'oxygène + N₂O à 50%
mise en Tr. de 151

Résultats : bonne respiration

très bon relâchement

Au total : Pent. 1 gr.50

MED 20 mgr.

Réveil sur table

Suites : sans histoire.

OBSERVATION N° 20 Mme S ...

E.G., 48 ans obèse de 90 kg, race noire.

Prémédication : Phénergan + dolosal peu efficace

Induction : Pent. 0 gr. 50 + MED 20 mgr. peu efficace

Remarque : résistante au Pent.

a reçu 1 gr. au moment de l'incision

Anesthésie : on rajoute 10 mgr de MED.

reçoit un mélange N₂O + O₂

pas de dépression respiratoire

mise en Tr. de 15°

Résultats ; très bon relâchement

Au total : Pent. 1 gr. 75

MED 20 mgr.

Réveil sur table

Suites : R.A.S.

OBSERVATION N° 21 Mme V ...

E.G. 68 ans, obèse dyspnéique.

Prémédication : dolosal + Phénergan , produit peu d' effet

Induction : Pent 0 gr.50 + MED. 12 mgr.

la canule est tout de suite mise en place sans incident.

Anesthésie : la malade reçoit un mélange d' oxygène et de protoxyde d' azote.

la table doit être inclinée de 25°

le relâchement est suffisant lorsque la malade a reçu 25 mgr. de MEDIATONAL.

Au total : Pent. 1 gr.10

MED 25 mgr.

Réflexes sur table

Suites : R.A.S.

OBSERVATION N° 22 Mme F ...

E.G., 48 ans, normale

Prémédication : dolosal + phénergan : effet moyen

Induction : Pent. 0 gr.60 + MED 20 mgr. la canule est supportée

Anesthésie : alternance de respiration à l'air libre et d'oxygénation dans le ballon.

Résultats ; Relâchement très satisfaisant permettant de laisser la table
 horizontale
 Pas de dépression respiratoire.

Au total : 1 gr.30
 MED . 20 mgr.

Réflexes sur table.

oooooooo

Observations portant sur des cas de chirurgie gynécologique diverse.

OBSERVATION N° 23 Mme W ...

Hysteropexie + appendicite

E.G. 36 ans, normale

Prémédication : morphine + atropine + phénergan
 résultat moyen.

Induction : Pent 0 gr.50 + MED 10 mgr.

Anesthésie : reste à l' air libre pendant toute la durée de l'intervention -
 on rajoute 10 mgr de MED. - Tr. de 15°

Résultats : pas d'apnée, pas de dépression respiratoire
 le relâchement est bon
 le saignement est minime, et l' ont ne met pas de perfusion.
 le pouls passe de 80 à 75
 La T.A. passe de 12-6 à 10-5

Réflexes sur table

Suites : R.A.S.

OBSERVATION N° 24 Mme M ...

Grossesse extra-utérine

E.G. 26 ans, poids 50 kgs, très nerveuse

P.M. effet nul

Induction : Pent. 0 gr 30 + MED 10 mgr.
 Installation d'un sérum glucosé

Anesthésie : reste à l'air libre, conservant une respiration spontanée
 efficace pendant toute la durée de l'intervention.
 mise en position de Tr. de 15°

Résultats : reste rose et sèche
 le relâchement est très bon
 ne saigne pas
 le pouls et la tension satisfaisants au départ, ne changent pas.

Au total : Pent . 0 gr.80
MED 20 mgr.

Réflexes sur table

Suites : Sans histoire.

OBSERVATION N° 25 Mme Z ...

Ovariectomie

E.G. 25 ans, très nerveuse

P.M. insuffisante

Induction : Pent 0 gr.60 + MED 20 mgr.

Incident : l'induction produit un hoquet transitoire qui cède à l'inspiration de quelques bouffées d' oxygène + ether.

Anesthésie : reste entièrement à l' air
la table est inclinée de 15°
la canule est placée

Résultats : le relâchement est très bon
pas de dépression respiratoire
le réflexe cornéen reste à la limite
le pouls à 108 ne marque aucun changement.
très léger réflexe au Douglas

Au total : Pent. 1 gr.40
MED 25 mgr.

Réflexes sur table.

Suites : R.A.S.

OBSERVATION N° 27 Mme S ...

Kyste ovarien

E.G. 27 ans , très anxieuse

Induction : Pent. 0 gr.60 + MED 20 mgr.

Anesthésie : reste à l' air libre
Tr. de 15°

Incident : ne tolère pas la canule

Résultats : relâchement très bon
pas de dépression respiratoire
réflexe cornéen conservé

Au total : Pent 0 gr.90
MED 20 mgr.

Réflexes sur table

OBSERVATION N ° 28 Mme A ...

Hysteropexie + annexes

E.G. 23 ans, normale

Induction : Pent 0 gr.50 + MED 20 mgr.

Anesthésie : reste à l'air libre

la table est laissée à plat, un simple champ remplace l' entérostat.

Résultats : le relâchement est très bon
pas de dépression respiratoire
la T.A. descend un peu

Au total : Pent 1 gr.20

MED 20 mgr.

Réflexes sur table

Suites : R.A.S.

OBSERVATION N° 29 Mme B ...

Ovariectomie gauche

E.G. 34 ans , en bon état général

Prémédication : dolosal + phénergan donne un résultat très important
la malade arrivant à peine consciente en salle d'opé-
ration.

Induction : Pent 0 gr.50 + MED 30 mgr.

Anesthésie : Alternance de respiration à l'air libre et dans le masque
contenant de l' oxygène.
mise en Tr. de 15°, sans entérostat.

Résultats : aucune dépression respiratoire
très bon relâchement permettant une intervention longue:
découverte sur l'intestin grêle d'une tumeur qui soulève
le diagnostic d' épithélioma ce qui entraîne une résection
importante de l'intestin grêle. Celle-ci est poursuivie
sans qu'il y ait nécessité de réinjecter du MED.

Le silence abdominal est conservé pendant toute la durée.

Au total : Pent. 1 gr 45

MED. 30 mgr.

Réflexes sur table

Suites : la tumeur examinée au laboratoire s' avère être une endomé-
triose. Bonnes suites opératoires.

OBSERVATION N° 30 Mme D ...

Hysteropexie

E.G. 29 ans , en très bon état général

P. M. Résultat moyen

Induction : Pent . 0 gr.50 + MED 30 mgr.Anesthésie : reste à l' air libre

Tr. 15 °

Résultats : reste rose et sèche

le silence abdominal est complet

la canule a été placée sans réaction.

Doses totales : Pent : 1 gr 35

MED 30 mgr.

Réveil sur table

Au lit nous remarquons une fatigabilité musculaire portant principalement sur les membres.

Suites : R.A.S.

OBSERVATION N° 31 Mme M...

Prolapsus - Hysteropexie

E.G. 68 ans, obèse. La malade est emphysémateuse et déclare se cyanoser en position de decubitus dorsal.

P.M. Phénergan + dolosal

arrive très anxieuse en salle d' opération

Induction : Pent 0 gr.40 + MED 10 mgr

Dépression respiratoire de courte durée

Anesthésie : chaque réinjection de Pent. déprime la respiration

la table est inclinée de 15°

la malade reçoit de l' oxygène par intermittence de préférence après chaque réinjection de Pent.

Résultats: le relâchement est très bon

la malade reste rose et sèche

quelques bouffées de cyclo-propane provoquent une apnée de 1 à 2 minutes.

Au total : Pent 1 gr 70

MED 20 mgr.

Réveil sur table

Suites : R.A.S.

CONCLUSIONS

L' objet de cette thèse est de montrer la possibilité de réaliser une intervention gynécologique :

- a) - en renonçant à la position déclive
- b) - en supprimant la dépression respiratoire, laissant ainsi la malade dans des conditions plus physiologiques.

1) Le MEDIATONAL, curarisant de synthèse, procure à la dose de 15 à 30 mgr, un excellent relâchement abdominal durable, sans dépression respiratoire cliniquement perceptible et sans perturbation circulatoire.

2) Il facilite la narcose au Pentothal, sans qu'on puisse affirmer qu'il la potentialise. Toutefois, il n' assure pas la protection complète contre les réflexes vagues.

Quoique la narcose au Pentothal + MEDIATONAL puisse être suffisante en chirurgie pelvienne, un complément anesthésique ou analgésique peut être nécessaire chez certains sujets. Cette association est recommandable dans tous les cas.

- des traces d' éther inhalées pendant l'intervention réalisent une association très intéressante.

- un mélange de protoxyde et d' oxygène dans la proportion de 50 pour 100 assure une stabilité à la narcose.

- une perfusion contenant du dolosal ou de la procaine procure une bonne protection contre des réflexes naissant par les incisions douloureuses.

- le cyclo- propane est à déconseiller en association avec le MEDIATONAL.

3) 29 cas d'interventions pelviennes ont été pratiquées avec cette méthode, les unes dans le Service du Docteur Théophile GIBERT à l' Hôpital Léopold Bellan, les autres par le Docteur R. BRODOWSKY.

Celle-ci a permis de diminuer, voire de supprimer, l'inclinaison de la table, sans pour autant rendre moins facile la tâche du chirurgien et en plaçant la malade dans une posture plus physiologique.

VU le Doyen

BINET

VU le Président

SENEQUE

VU le Recteur

SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

I - PHARMACOLOGIE

- MORREN - TROLIN - STRUBBE et GRIVSKY - " Ethers oxydés à fonctions ammonium quaternaire" - Journal de pharmacologie de Belgique 7-8-1952
- LEVIS - PREAT et DAUBY - " Etudes pharmacologiques de deux séries de curarisants de synthèse" - Archives internationales Pharmacologiques 1953 XC.III n° 1
 " Etude Pharm. d'un nouveau curarisant de synthèse et de sa potentialisation par le Brévatonal "
 Acta Anaesth. Belgica n° 2-3 1952
- DALLEMAGNE - " Action du 5057 et du 5076 sur le chat " - Communication personnelle

II - CLINIQUE

- MUNDELEER et LEVIS - " Essais d'un nouveau curarisant de synthèse"
 Acta Anaest. Belgica n° 1 1952
- BRODOWSKY et HUGUENARD ' - "Une association curarisante potentialisée Brévatonal Mediatonal" Anest. et Analg. X N° 4 Décembre 1953
- MOREL - ONFROY - " Emploi en anesthésie de deux nouveaux curarisants de synthèse UCEPHA 5067 et 5076 et de leurs associations ". Thèse Fac. de Méd. de PARIS lib. Arnette
- JACQUENOUD - " A propos des degrés de curarisation au MEDIATONAL "
 Anesth. et Analg. X N° 3 Septembre 1953
- LADA T - " Expérience personnelle sur l' emploi en anesthésiologie de deux nouveaux curarisants de synthèse - BREVATONAL - MEDIATONAL Anesth. et Analg. XI N° Juin 1954

